

利用料のご案内

<1ヶ月の利用料金>

(介護予防通所リハビリテーション)

項 目		費 用			備 考
		1割負担	2割負担	3割負担	
要介護度	要支援1	2,343円	4,686円	7,029円	利用者負担は、要支援状態区分に応じた費用となります。 1月につき
	要支援2	4,368円	8,735円	13,103円	
生活行為向上リハビリテーション		581円	1,161円	1,742円	1月につき
若年性認知症利用者受入加算		248円	496円	744円	1月につき
栄養アセスメント加算		52円	104円	155円	1月につき
栄養改善加算		207円	414円	620円	1月につき
口腔栄養スクリーニング加算		6円	11円	16円	6月に1回
口腔機能向上加算(Ⅱ)		166円	331円	496円	1回につき
科学的介護推進体制加算		42円	83円	124円	1月につき
退院時共同指導加算		620円	1,240円	1,860円	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1	91円	182円	273円	1月につき
	要支援2	182円	364円	546円	1月につき
食 費		740円			昼食代
タオルレンタル料		150円			バスタオル、フェイスタオル、洗体用タオル
教 養 娛 楽 費		200円			レクリエーション、セラピー材料費、図書等
嗜 好 品 費		100～150円			1回につき
おむつ代	紙 お む つ	220円			
	リハビリパンツ	240円			
	パ ッ ト	70円			
特 別 行 事 費		実 費			

- 注) 1 介護保険法改定に伴い改定する場合があります。
 2 介護保険の費用は概数です。
 3 上記の介護保険の金額には地域区分加算(1単位=10.33円)が含まれています。
 4 上記の介護保険の金額に介護職員処遇改善加算として6.6%加算されます。
 5 上記の「その他の料金」については、ご利用者様の同意のもと個別に提供させていただくものであり全てのご利用者様に対してその費用を画一的に徴収するものではありません。
 6 令和6年6月1日より適用です。

医療法人社団 天宣会
 北柏ナーシングケアセンター
 〒277-0004 千葉県柏市柏下265
 電 話 04-7169-8001
 FAX 04-7169-8003